

„CONVERSATORIA LINGUISTICA”
ROK XI: 2017
PL ISSN 1897-1415

Justyna Urban

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Wydział Humanistyczny

O niektórych strategiach ucieczkowych i kompensacyjnych w komunikacji chorych z otępieniem alzheimerowskim

Dementia of the Alzheimer type: strategies of compensation
and escapism in patient communication

Abstract: The article presents observations related to communication based on a dialog with a man diagnosed with dementia of the Alzheimer type (6 stage according to the Global Deterioration Scale). The essential aim of the research was to determine the range of possibilities and means of communication available to the patient. Attention was paid to the patient's interactions, taking into account such aspects as supporting interaction and withdrawal from it. In the article the author presents some strategies of compensation and escapism that the patient used during conversations.

Słowa kluczowe: demencja typu Alzheimera, strategie ucieczkowe

Keywords: dementia of the Alzheimer, strategies of compensation

CHOROBA ALZHEIMERA A ZABURZENIA JĘZYKOWE

Zaburzenia mowy w demencji typu Alzheimera mają charakter progresywny, nieodwracalny i współwystępują z zaburzeniami poznawczymi oraz pozapoznawczymi. Dochodzi do stopniowego rozpadu nabytych uprzednio kompetencji językowych i komunikacyjnych.

Według Anety Domagały (2007: 43-48), w przebiegu dynamicznym otępienia alzheimerowskiego zaburzenia językowe kształtują się następująco:

We wczesnym stadium rozwoju choroby w formułowanych przez pacjenta wypowiedziach obserwuje się zjawiska o typie anomii czy też dysnomii: długie pauzy na początku zdań i na granicy między zdaniami, brak zakończenia fraz, zjawisko, tzw. „na końcu języka” oraz autopoprawki. W tym okresie ważne dla

diagnozy jest badanie fluencji słownej. Narastające w przebiegu choroby zaburzenia już na tym etapie prowadzą do chaosu wypowiedzi i ubóstwa informacyjnego, do tzw. „pustej mowy”, której cechą charakterystyczną jest stale zmniejszający się słownik czynny. Chory ma problemy z logicznym opracowaniem tematu, ze zbudowaniem dłuższej spójnej wypowiedzi, wprowadza dygresje i zmyślenia.

W drugim stadium choroby, wraz z pogorszeniem wszystkich funkcji poznawczych, pojawiają się zaburzenia rozumienia – chory myli osoby, fakty, ma trudności z interpretacją zdarzeń itp. Przy względnie zachowanej zdolności powtarzania i odpowiedzi na stereotypowe pytania nie potrafi zbudować koherentnej wypowiedzi. Typowym zjawiskiem jest wielosłowie i perseweracje. Na tym etapie pacjenci przejawiają skłonności do mówienia o przeszłości, bądź o sprawach błałych. Ważna diagnostycznie jest tu obserwacja czy chory łatwo wycofuje się z rozmowy – stosuje maskujące strategie kompensacyjne.

W ostatnim stadium choroby Alzheimera komunikacja jest zaburzona zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym. Wypowiedzi chorego są szczątkowe, często ograniczone do bezwiednych echolalii. Głębokie zaburzenia pamięci, zniesiona zdolności nazywania i werbalizowania własnych myśli powoduje, że chory nie jest już w stanie skonstruować najprostszej wypowiedzi, bądź jego wypowiedzi pozbawione są znaczenia, dziwaczne. Pogłębiające się zaburzenia komunikacji na poziomie niewerbalnym ograniczają zrozumienie i wyrażanie myśli za pomocą mowy ciała, gestów, mimiki, kontaktu wzrokowego.

Badania wykazują, że w przebiegu choroby stosunkowo długo utrzymuje się umiejętność pisanie i czytania, chociaż w końcowym etapie redukuje się ona do form zautomatyzowanych, bez rozumienia treści. Najgłębszą fazą progresji choroby jest całkowity mutyzm. Zdarza się jednak, że chorzy do końca zachowują dostęp do słownika umysłowego i są w stanie powtarzać, a nawet automatycznie poprawiać powtarzane krótkie frazy (Domagała 2007: 43-48).

CELE BADAWCZE

Prezentowane obserwacje sformułowano w oparciu o wyniki badań komunikacji za pośrednictwem dialogu z osobą w średnio głębokim stadium zaawansowania demencji typu Alzheimera (6. etap wg Skali Ogólnej Deterioracji Reisberga). Zasadniczym celem prowadzonych badań było ustalenie zakresu możliwości i środków komunikacyjnych, którymi dysponuje. Badane były interakcje chorego i sposoby ich realizowania, z uwzględnieniem takich aspektów, jak podtrzymywanie interakcji i wycofywanie się z niej. W niniejszej pracy zaprezentowanych zostanie kilka strategii ucieczkowych i kompensacyjnych, jakie badany stosował podczas naszych rozmów.

BADANA OSOBA

Imię i nazwisko:	Hieronim P.
Data urodzenia:	30.10.1928 r.
Stan cywilny:	żonaty
Wykształcenie:	średnie
Zawód:	oficer wojska polskiego, w stopniu pułkownika
Miejsce zamieszkania:	dom opieki społecznej
Diagnoza medyczna:	otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera

Stany chorobowe u pacjenta dotyczą również innych układów: słuchowego (chory ma niezdiagnozowany niedosłuch co najmniej w stopniu lekkim), pokarmowego – zaobserwowałam objawy wskazujące na dysfagię) oraz obniżoną sprawność w zakresie motoryki artykulacyjnej (mówi cicho, niewyraźnie, z trudem).

ROZMOWA – CECHY GATUNKOWE

Rozmowa jest najbardziej naturalną formą nabywania i używania języka. Wśród osób cierpiących na demencję umiejętność komunikacji za pośrednictwem rozmowy utrzymuje się dłużej niż za pośrednictwem monologu, ze względu na to, że odpowiedzialność za komunikację – jej przebieg i podtrzymanie – rozkłada się w rozmowie na wszystkich jej uczestników.

Rozmowa może być realizowana w formie dialogu (najczęściej) lub polilogu. Służy wzajemnemu przekazywaniu informacji przez członków określonej wspólnoty językowej. Dzięki niej spełnia się podstawowa funkcja mowy – funkcja komunikacyjna. „Teleologicznie dialog jest konstytuowaniem sensów wspólnych czy też negocjowaniem wspólnej wiedzy przez przełamywanie jej asymetrii” – twierdzi Jacek Warchał (1991:42). Niektórzy badacze rozróżniają pojęcia dialogu i rozmowy, dla moich ustaleń rozróżnienie takie będzie nieistotne.

Właściwe dla rozmowy cechy gatunkowe to: sytuacyjność, bezpośredniość oraz wymiennność ról nadawca-odbiorca, a także wynikająca z nich otwartość. Pierwsza polega na tym, że rozmowę kształtują wszystkie elementy sytuacji, w której przebiega – najważniejsze z nich to (za Grabiasem 2001: 282-284): liczba rozmówców (dialog – polilog), miejsce rozmowy (plener, miejsce zamknięte), czas (wspólny dla uczestników, bądź rozbieżny) i temat rozmowy. Druga wiąże się z tym, że interlokutorzy widzą się wzajemnie i na bieżąco reagują na swoje słowa i zachowania. Wymiennność ról nadawca – odbiorca spro-

wadza się do tego, że najpierw nadawcą (któremu przypisuje się aktywność mówienia) jest jedna osoba, podczas gdy druga przyjmuje rolę aktywnego słuchacza (jest odbiorcą, adresatem czyjejś wypowiedzi), potem role się odwracają: osoba, która przedtem słuchała, teraz mówi (staje się nadawcą), zaś uprzedni mówiący, teraz słucha (jest odbiorcą).

Przekonanie o pasywnej roli adresata już dawno zostało porzucone. Wywodzi się ono z tradycji teatru greckiego, jeszcze z czasu, kiedy to Ajschylos dokonał reformy przedstawienia, wprowadzając na scenę drugiego aktora (podczas gdy jeden aktor wypowiadał wyuczoną kwestię, drugi milczał; model *mutatis-mutandis* obowiązywał jeszcze w strukturalizmie (Warchała 1991)). Według nowszych stanowisk (Gadamer, Topolińska, Stubbs, Warchała 1991), mimo że adresat nie zabiera głosu, kiedy wypełnia swoją rolę, może na mówiącego wpływać środkami pozawerbalnymi (mimika, gesty) i w ten sposób kształtować przebieg jego wypowiedzi. Aktywny udział adresata w dialogu polega też na tym, że ze względu na niego dobierany (prowadzony) jest temat i styl wypowiedzi (Okopień-Sławińska 1971). Z kolei rola (i przywilej) nadawcy, oprócz oczywistej aktywności mówienia, polega na wyborze adresata i inicjowaniu kontaktu (Okopień-Sławińska 1971).

Stanisław Grabias (2001:265), ujmując wypowiedź w aspekcie sprawności komunikacyjnej człowieka tak dookreśla kształtujące ją czynniki:

- Ten, kto mówi: nadawca posługuje się określonym kodem językowym bądź wieloma kodami uwarunkowanymi jego poziomem rozwoju umysłowego oraz społecznie bądź terytorialnie.
- Do kogo mówi: nadawca musi realizować role społeczne wynikające ze społecznej pozycji odbiorcy oraz dopasowywać się do jego możliwości umysłowych, specjalizacji zawodowej, miejsca w hierarchii społecznej.
- W jakiej sytuacji: nadawca dostosowuje się do sytuacji, w której przebiega wypowiedź.
- W jakim celu: nadawca dobiera sposób i językowe środki realizowania intencji.

Rozmowa jest zatem efektem współprodukcji dwóch podmiotów.

Ostatnia cecha rozmowy, otwartość wiązana jest z jej właściwościami strukturalnymi i polega na tym, że każda następna sekwencja na zasadzie przyczynowo-skutkowej wynika z sekwencji poprzedzających, ich przebieg jest nieprzewidywalny (Grabias 2001: 287).

PROCEDURA BADAWCZA

Przeprowadzone badania miały charakter indywidualnych interakcji z chorym. Rozmowy odbywały się w ciągu sześciu spotkań, od 6. marca do 29. maja 2015 r. Uczestnikami sytuacji komunikacyjnej byli: osoba badana – Hieronim P.

i badający, czasem włączały się przypadkowe osoby – pracownicy lub mieszkańcy domu opieki społecznej. Miejscem rozmowy były: korytarz (kiedy p. Hieronim odczuwał silną potrzebę ruchu) i pokój Hieronima P., który dzielił z innym współmieszkańcem. Upodobania współlokatora osoby badanej, jak również rozmaite czynności pracowników DPS-u wynikające z ich codziennego harmonogramu zajęć, czasami przeszkadzały w interakcji. Czas rozmowy: zawsze dostosowany do samopoczucia chorego (na podstawie obserwacji zachowań, bo chory w zasadzie nigdy nie skarżył się, że cokolwiek mu dolega) – od 15 min. po godzinę. Spotkania odbywały się czterokrotnie przed południem, dwukrotnie po południu, bez zapowiedzi i z nieregularną częstotliwością. Tematy rozmów za każdym razem były inicjowane przeze mnie i dotyczyły: samopoczucia chorego, rodziny, zainteresowań, ilustracji w gazetach i książkach, które pan Hieronim miał na półce w swoim pokoju. Czasami jednak na tematy naprowadzał interlokutor swoimi reakcjami słownymi – na zasadzie semantycznej spójności wypowiedzi (*datum – novum*). Rozmowy z chorym zostały zarejestrowane kamerą cyfrową, a następnie (w toku wielokrotnych odsłuchań) przetranskrybowane na kod ortograficzny. Materiał badawczy stanowi ponad 146 min nagrań, zaznaczyć jednak należy, że nie wszystko udało się utrwalić w postaci zapisu cyfrowego, a zarejestrowane interakcje są bardzo wolne, czasem z wielokrotnym powtarzaniem pytań i długimi pauzami. Przyczyną powtórzeń, oprócz stanu dementywnego badanej osoby, były także jej problemy ze słuchem i rozpraszające otoczenie. Pogłębionej analizie poddane zostały tylko najbardziej reprezentatywne w danym zakresie sytuacje komunikacyjne.

Segmentacja wypowiedzi została dokonana za pomocą znaków konwencjonalnej interpunkcji, ale stosowanej na zasadzie emocyjnej (nie logiczno-składniowej).

Oznaczenia użyte w zapisie i analizie dialogu osoby badającej z osobą badaną:

HP – osoba badana

JU – osoba badająca

() – uwagi dodatkowe o zachowaniu rozmówców, konsytuacji

(...) – informacja o skróceniu wypowiedzi bez szkody dla przekazu

(?) – słowa niewyraźne, takie, których nie umiem odczytać, nie jestem ich pewna.

Do analizy struktury rozmowy zastosowano narzędzia opisu zaproponowane przez Jacka Warchalę (1991).

REALIZACJA ROZMOWY PRZEZ OSOBĘ BADANĄ – UWAGI OGÓLNE

„Według koncepcji asymetrii wiedzy przebieg dialogu możemy przedstawić jako kolejne wprowadzanie i neutralizowanie asymetrii”: wprowadzenie asymetrii – wyrównanie asymetrii – potwierdzenie wyrównania (Warchała 1991: 44, za Labovem). Na szerszą skalę (tj. w wyniku wielu wspólnych interakcji) prowadzi to do ogólnego wyrównania poziomów wiedzy między uczestnikami interakcji – mówi się wtedy, że dogadują się bez słów. W przypadku chorych z demencją typu Alzheimera wyrównywanie asymetrii ma charakter przygodny, dotyczy najczęściej (w zależności od stopnia zaawansowania choroby) tylko jednej, zachodzącej tu i teraz interakcji. Jak pokazują rozmowy z panem Hieronimem, wyrównanie asymetrii w jednym dialogu nie gwarantuje, że w następnej rozmowie na ten sam i tak samo poprowadzony temat – choćby odbywała się za kilka minut – nie zaistnieje identyczna asymetria (w ciągu 6 rozmów wiele razy powracały te same tematy). W tym sensie komunikacja z chorym ma osłabioną skuteczność poznawczą i teleologiczną (funkcja poznawcza i cel realizowane są w niej tylko doraźnie).

Na ogół chory nie inicjuje rozmowy. W naszych interakcjach zdarzyło się to tylko kilkakrotnie – najczęściej w stanie silniejszego wzburzenia emocjonalnego. Były to inicjacje niezależne kontekstualne, zależne sytuacyjnie. Fakt ten może świadczyć o dużej niepewności chorego co do swojej sprawności językowej.

Zdecydowana większość pierwszych reakcji badanego na moje inicjacje stanowiła prośbę o powtórzenie (proszę?, słucham?, co?, jak?), co świadczy o niedosłuchu a częściowo także o deficytach uwagi.

Spośród typów reakcji największą trudność sprawiały choremu reakcje rozwinięcia. Wiąże się to z niemożnością zbudowania dłuższej wypowiedzi (deficyty pamięci, uwagi). Dominowały reakcje rozstrzygnięcia i reakcje dopełnienia.

W analizowanych dialogach większość wymian kończyła się codą ujętych dodatkowo dodatkowo wzmocnioną gestem, często podwojoną przez badanego, co może oznaczać, że chory ma dużą potrzebę interakcji (akceptacji), ale ciężar językowego utrzymania kontaktu przenosi na rozmówcę.

W dialogach z badanym przeważały wymiany pełne i defektywne. W niektórych wymianach reakcja badanego była nieadekwatna do inicjacji badającego. W wielu innych zaś nieadekwatna nawet do konsytuacji, co świadczy o zaburzeniach rozumienia.

Gesty badanego pozostają spójne z komunikatem słownym, niezależnie od tego, że jego zachowania werbalne nie zawsze są zgodne z ogólnym stanem wiedzy o świecie i prawdziwością sądów, które wypowiada.

Zasadniczy repertuar gestów chorego stanowią skonwencjonalizowane i intuicyjne ruchy w obrębie głowy i twarzy oraz – w mniejszym zakresie – rąk i dłoni. Służą one komunikacji zastępczej, bądź potwierdzaniu lub akcentowaniu treści przekazu i podtrzymaniu kontaktu z interlokutorem. W repertuarze tym brakuje znaków o funkcjach regulowania przepływu informacji i wprost odnoszących się do odbiorcy (za wyjątkiem zrytualizowanego całowania w rękę na pożegnanie i podobnych).

KOMUNIKACYJNE STRATEGIE UCIECZKOWE I KOMPENSACYJNE

Na etapie rozwoju choroby, na którym obecnie znajduje się badany (zwłaszcza w połączeniu z jego zaburzonymi funkcjami słyszenia), charakterystyczna dla demencji i odróżniająca ją od afazji, płynność wypowiedzi jest już znacznie zachwiana. Dłuższe pauzy w przebiegu dialogu deprymują badanego i/lub rozpraszają go, co może wiązać się z zaburzeniami uwagi, ale przede wszystkim wynika z deficytów pamięci. Podobnie dzieje się z dłuższymi wypowiedziami tworzonymi przez interlokutora (w tym wypadku przeze mnie).

W zakresie językowej sprawności komunikacyjnej badanego zaobserwowałam wyraźne trudności z planowaniem i budowaniem dłuższej (nawet kilkuwyrazowej) wypowiedzi. W obliczu tak postawionego przed nim zadania szybko się zniechęcał, a następnie wycofywał:

JU. Panie Hieronimie, a mógłby mi Pan coś o sobie opowiedzieć?

HP: co zrobić?

JU: Coś o sobie gdyby Pan mógł mi opowiedzieć?

HP: O sobie?

JU. Mhm.

HP. yyy, yyy, (**podnosi się nerwowo na krześle**).

STRATEGIE UCIECZKOWE

Sposoby wycofywania się z komunikacji, zamykania jej nazywam komunikacyjnymi strategiami ucieczkowymi. Do komunikacyjnych strategii ucieczkowych, oprócz reakcji manifestujących się zniecierpliwieniem, bądź pograżaniem się w sobie (np. spuszczenie wzroku, spuszczenie głowy), zaliczyć można formułowane wprost wypowiedzi typu „nie myślałem o tym”, „nie zastanawiałem się” i w niektórych wypadkach „nie wiem” (wypowiadanych nie od razu, tylko po chwili namysłu), ale także odwracanie uwagi od trudnego, tj. w tym momencie niezrozumiałego dla niego tematu. Oczywiście rozstrzygnięcie, na ile ta ostatnia strategia jest świadoma, a na ile wynika np. z zaburzeń uwagi stanowi kwestię osobną:

JU: A dlaczego nie lubi Pan tego człowieka?

HP: (cicho:) ja myślę... (głośniej i patrząc na mnie:) **nie myślałem o tym.**

JU: Nie myślał Pan o tym, tak? Mhm, Takie wrażenie po prostu Pan ma, jak patrzy na niego, tak?

HP: mhm.

JU: O czym chciałby Pan porozmawiać?

HP: (bełkotliwie i jękając się) **Mo, Mo, se, się, zajo, za za myśleć (Muszę się namyśleć?)**

JU: Mhm: No, co ma Pan na myśli?

HP: (gaśnie mu spojrzenie, drapie się w głowę, zasłania ręką oczy).

JU: No? O czym możemy porozmawiać, Panie Hieronimie?

JU: Oj, chyba głowa boli.

HP: odsłania oczy, kiwa głową, potwierdza niewyraźnie...

JU: Do kogo by Pan wysłał kartkę z życzeniami?

HP: (po dłuższej chwili milczenia) jeszcze... (milczenie)... zastanowię się.

JU: Panie Hieronimie, o tu proszę popatrzeć... Poznaje Pan te miejsca? **Był Pan tutaj?**...

HP: (brak reakcji, patrzy)

JU: Był Pan w tych miejscach, czy nie?

HP: aaa, aaaa. Aa (nerwowo kartkuje album, nagle zatrzymuje się na jednej z ilustracji)..., **o kościoły!**

Z kolei sposoby podtrzymywania komunikacji, mimo zaniku umiejętności nazywam strategiami kompensacyjnymi. Jedną z takich strategii rekompensujących niedostatki pamięci (czy może już kompetencji), zaobserwowanych w zachowaniach komunikacyjnych badanego, okazało się czytanie – kiedy brakowało mu nazwy dla obiektu przedstawionego na oglądanym zdjęciu, które było przedmiotem rozmowy, ratował się odczytywaniem tytułów, bądź fragmentów tekstu:

JU: mhm, no to fajnie. Zobaczmy, co jeszcze mamy w tej gazecie....

JU: A ciekawe co tutaj się może dziać, jak Pan myśli?

HP: (z trudem:) **pajaki**

JU: pajaki, no bardzo dobrze, ale przeczytał Pan? Czy rozpoznał?

HP: Tak (niewyraźnie, coś na kształt:) **rozpoznałem.**

JU: przeczytał Pan?, tu napisane jest pajaki?

HP: (czytając, wyraźnie:) **pa-ją-ki.**

JU: mmmm

HP: (czytając) ... **jak motyle.**

W przywołanym przykładzie widać także, jak chory posiłkuje się słowami użytymi przez współrozmówcę do budowania swoich wypowiedzi, łatwo ulegając czemuś w rodzaju „sugestii werbalnej”. Wprawdzie słowo „pajaki” przeczytał, ale ponieważ jako ostatni w poprzedzającej replice dialogowej pojawił się leksem „rozpoznać”, w odpowiedzi na pytanie posłużył się tym właśnie leksemem. Podobne zachowania są częste w interakcjach z chorym, czasami

wręcz odnosi się wrażenie, że nie są one elementem świadomej komunikacji, tylko echolaliami. Mogą w związku z tym być wykładnikiem zarówno deficytów pamięci, jak i zaburzeń rozumienia:

JU: A Pan w wojsku **pracował**?

HP: **pracował**.

JU: A co Pan tam robił, kto do Pana **przychodził**?

HP: **Przychodził**?

JU: A pamięta Pan, jak się **nazywa**?

HP: **No nazywa się**

JU: Aha, nie kopał Pan ziemniaków.... A w gotowaniu jak Pan jeszcze **pomagał**?

HP: **Pomagał**.

Charakterystyczne w komunikacyjnych zachowaniach chorego jest również to, że powtarza półgłosem słowa i krótkie pytania z replik współrozmówcy (jakby je uwewnętrzniając), co wydaje się być strategią aktualizacji ich znaczeń, bądź strategią przywoływania słów/zachowań mogących stanowić reakcję na inicjację współrozmówcy:

JU. Panie Hieronimie, proszę wziąć tę kartkę do lewej ręki..., może Pan wziąć tę kartkę do lewej ręki? (Podaję kartkę od prawej strony, Pan Hieronim bierze ją prawą ręką).

JU. Złożyć ją na pół proszę..., proszę złożyć na pół.

HP: Mogę?

JU. Tak, ..., złożyć na pół

HP. (myśli) Aha, **złożyć ją**, (coś niezrozumiale) (przygląda się kartce).

JU. Złożyć ją na pół i położyć na kolana.

HP. Hy, hy, **złożyć, złożyć, złożyć ją**..., hy, hy.... **pół!**

JU: ... Ale Pan gdzieś **na wsi** mieszkał?

HP: **Na wsi**? No tak.

HP: Ja się nazywam? ... Ja się nazywam Pę... Pę*****.

W zachowaniu badanego zwraca uwagę poprzedzające wybrzmienie niektórych słów specyficzne układanie języka i ust – wygląda to tak, jakby miał to słowo „na końcu języka” (choć czasem ostatecznie jednak go nie wypowiada). Równie prawdopodobnym wyjaśnieniem tego zjawiska wydaje się to, że chory intuicyjnie próbuje przywołać pamięć ruchową (realizacyjną) związaną z artykulacją słów:

JU: A chce Pan iść do kapicy?

HP: Jak szedłem, szedłem, szedłem (**porusza językiem i ustami, jakby chciał powiedzieć jakieś słowo**)

JU: Gdzie Pan szedł?

HP: (**układa język**) ...niżej.

JU: No to chodźmy.

JU: To kto tutaj jest?... proszę popatrzeć na okładkę ... Kto tutaj jest?

HP: (niewyraźnie, jakby układając język do słowa:), tak to, tak to... tak to nie lubię takiego człowieka.

Czasem też wypełnia swoją wypowiedź niezrozumiałymi słowami, zakreślając dźwiękiem tylko jakby jej kontur brzmieniowo-intonacyjny:

JU: Wyspał się Pan?... Co się śniło?

HP: a, a, a

JU: Śniło się coś miłego?

HP: a, a , gy... yy...

Bibliografia

- Beaugrande R.-A., Dressler W.U., (1990), *Wstęp do lingwistyki tekstu*. Przeł. Aleksander Szwedek, Warszawa.
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P. (2008), *Psychiatria*, Warszawa.
- Boniecka B. (1999), *Lingwistyka tekstu. Teoria i praktyka*, Lublin.
- Dobrzyńska T. (1998), *Tekst. Próba syntezy*, (w:) *Problemy teorii literatury*. Seria 4, prace z lat 1985–1994. Wybór Henryk Markiewicz, Wrocław.
- Dobrzyńska T. (2003), *Tekst – styl – poetyka. Zbiór studiów*, Kraków 2003.
- Domagała A. (2007), *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin.
- Domagała A. (2008), *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „Logopedia”, t. 37, s. 297-311.
- Domagała A. (2012), *Zaburzenia komunikacji językowej w otępieniu alzheimerowskim – typologia zjawisk w perspektywie progresywności wypowiedzi*, (w:) *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. Stanisław Grabias, Marek Kurkowski. Lublin, s. 625-641.
- Domagała A. (2013), *Terapia pośrednia w otępieniu alzheimerowskim – bariery komunikacyjne w kontakcie z chorym*, „Forum Logopedyczne”, nr 21, s. 153-159.
- Grabias S. (2001), *Język w zachowaniach społecznych*, wyd. 2 popr., Lublin.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (2000), Kraków–Warszawa.
- Kopaliński W. (1985), *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa.
- Krajewska M. (2014), *Neurologopedyczna diagnoza i terapia zaburzeń mowy w demencji*, (w:) „Nowa Logopedia”, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Kraków, s. 189–205.
- Mayenowa M.R. (1974), *Poetyka teoretyczna. Zagadnienia języka*, Wrocław.
- Okopień-Sławińska A. (1971), *Relacje osobowe w literackiej komunikacji*, (w:) *Problemy socjologii literatury*, red. Janusz Sławiński, Wrocław 1971; przedruk w tejże: *Semantyka wypowiedzi poetyckiej. (Preliminaria)*, Kraków 1998.

- Skoczek A. (2014), „*Stary mędrzec na wygnaniu...*” – mowa osób dotkniętych chorobą Alzheimera, „Nowa Logopedia”, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, red. M. Michalik, Kraków, s. 207–223.
- Szepietowska M., Daniluk B. (2009), *Demencja*, (w:) *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A. Borkowska, Lublin.
- Warchala J. (1991), *Dialog potoczny a tekst*, Katowice.